

АНКЕТА-ЗАЯВКА №
НА СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛИЦА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (ИНВАЛИДА)
В БАССЕЙНЕ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ
«ПРОВЕДЕНИЕ ЗАНЯТИЙ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ И СПОРТУ» *

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ

Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
Дата рождения _____

Паспортные данные _____
серия, номер, дата выдачи
_____ *кем выдан, код подразделения*

СНИЛС
Адрес регистрации по месту
жительства _____
Адрес фактического проживания
(при совпадении запись делается
один раз) _____
Телефон _____
Адрес электронной почты _____
Сведения о льготах (если есть) _____

ПРОШУ ДОПУСТИТЬ МЕНЯ для сопровождения лица с ОВЗ (инвалида),

ФИО занимающегося (лица с ОВЗ, инвалида)

_____ *номер группы, наименование группы, вид занятий (вид спорта)*
на всю территорию спортивного объекта, в том числе в спортивную зону.

Я ознакомлен с Порядком предоставления государственной услуги «Проведение занятий по физической культуре и спорту» («Услуга»).

_____ подпись _____ расшифровка подписи

С действующими в учреждении положениями, правилами пребывания и поведения на спортивных объектах, правилами пожарной безопасности, санитарными нормами, в том числе санитарно-эпидемиологическими, публичной офертой и другими нормативными документами, регламентирующими предоставление Услуги, ознакомлен(а) и обязуюсь их выполнять.

_____ подпись _____ расшифровка подписи

Я согласен на обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях получения государственной услуги «Проведение занятий по физической культуре и спорту», а также на фото- и видеofиксацию в процессе занятий в целях мониторинга и подтверждения предоставления государственной услуги.

_____ подпись _____ расшифровка подписи

Дата заполнения _____

* заполнение анкеты-заявки дает право только на сопровождение лица с ОВЗ (инвалида) и не дает право сопровождающему на получение услуги «Проведение занятий по физической культуре и спорту».

ОПИСЬ

**документов, принятых управлением по развитию массового спорта в _АО г. Москвы
ГБУ «МОСГОРСПОРТ» Москомспорта**

от _____
(ФИО заявителя)

для сопровождения лица с ОВЗ (инвалида).

1. Анкета-заявка на сопровождение лица с ОВЗ для получения им Услуги.
2. Оригинал медицинского заключения (справка) о результатах паразитологического обследования на яйца глистов и энтеробиоз для оказания помощи в чаше бассейна при спуске/выходе лица с ОВЗ (инвалида).

Представитель управления

Заявитель

_____/_____
подпись (ФИО)
«__» _____ 20__ г.

_____/_____
подпись (ФИО)
«__» _____ 20__ г.

ОПИСЬ

**документов, выданных управлением по развитию массового спорта в _АО г. Москвы
ГБУ «МОСГОРСПОРТ» Москомспорта**

(ФИО заявителя)

1. * Оригинал медицинского заключения (справка) о результатах паразитологического обследования на яйца глистов и энтеробиоз для оказания помощи в чаше бассейна при спуске/выходе лица с ОВЗ (инвалида), в случае отчисления занимающегося.

Представитель управления

Заявитель

_____/_____
подпись (ФИО)
«__» _____ 20__ г.

_____/_____
подпись (ФИО)
«__» _____ 20__ г.

* заполняется только в случае возврата медицинского заключения.